



Calle Degetau, 1118, Urb. América,
Río Piedras, P.R., 00923.

Tel/Fax: 787-763-4655
E-mail: colegiogiseland@hotmail.com

Fecha de Matrícula: Día/Mes/Año

Grado Solicitado: _____

Año Escolar: _____

Escuela procedencia: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE
(ES DE SUMA IMPORTANCIA ESCRIBIR CLARAMENTE EN CADA ESPACIO)

Estudiante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Día Mes Año País de Nacimiento

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal (si es diferente): _____

Teléfono Residencial: () _____ - _____

Nombre Mamá: _____ Lugar de Trabajo: _____

Tel. Celular: () _____ - _____ Tel. Trabajo: () _____ - _____

Nombre Papá: _____ Lugar de Trabajo: _____

Tel. Celular: () _____ - _____ Tel. Trabajo: () _____ - _____

Indique con quién vive el estudiante: ____ ambos padres ____ madre ____ padre
____ otro: _____ (nombre y parentesco de la persona)

Si los padres están separados o divorciados:

¿Quién tiene la patria potestad? _____ ¿Quién tiene la custodia? _____

De existir divorcio y/o separación, ¿Puede el padre o la madre venir a recogerlo(a) a la escuela? ____ Sí ____ No (Si marcó No, debe traer copia del documento oficial)

¿Cómo supo del Colegio? _____

Email: _____

Matriculado en Asignaciones Supervisadas: ____ SI ____ NO

Mensualidad con almuerzo incluido: ____ SI ____ NO

Persona de contacto en caso de emergencia y autorizadas para recoger al estudiante:

Nombre	Parentesco	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nota: El dinero de la matrícula se utiliza para separar el asiento de su hijo(a); NO es reembolsable.

Historial médico (Marque con una X):

Epilepsia Asma Condición Cardíaca Mareos
 Diabetes Hipoglucemia Sinusitis Tiroides
 Otro: _____

Medicamentos que está tomando (mencione dosis y reacción al medicamento):

Nombre del pediatra que le atiende: _____ Teléfono: _____

Autorización:

Autorizo a la Sra. Gisela Oliva, directora del Colegio Giseland, y/o algún personal autorizado por ésta, a transportar a mi hijo(a): _____ a una sala de emergencia u hospital más cercano de ser necesario para recibir asistencia médica.

Firma del Padre o Encargado

Este estudiante es participante de:

- Terapia Ocupacional Terapia Psicológica
- Terapia del Habla Educación Especial

Si marcó **Educación Especial** favor especifique condición y número de registro: _____

PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN

Proceso de matrícula Año Escolar en Curso:

Total a pagar: Firma Autorizada \$ _____	Fecha	Gestión	Cantidad	Oficial	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
			SALDO	\$	
Retrato 2x2		Notas:			